

复发泪囊炎患者的治疗方案

张碧华, 杨晓英

作者单位: (617000) 中国四川省攀枝花市, 攀枝花学院附属医院眼科

作者简介: 张碧华, 毕业于江苏徐州医学院, 本科, 副主任医师, 研究方向: 眼表疾病。

通讯作者: 张碧华. z376479935@126.com

收稿日期: 2015-07-26 修回日期: 2015-10-22

Study on the treatment of patients with recurrent dacryocystitis

Bi-Hua Zhang, Xiao-Ying Yang

Department of Ophthalmology, the Affiliated Hospital of Panzhihua University, Panzhihua 617000, Sichuan Province, China

Correspondence to: Bi-Hua Zhang, Department of Ophthalmology, the Affiliated Hospital of Panzhihua University, Panzhihua 617000, Sichuan Province, China. z376479935@126.com

Received: 2015-07-26 Accepted: 2015-10-22

Abstract

• AIM: To study the treatment of patients with recurrent dacryocystitis to provide a reference for clinical diagnosis and treatment.

• METHODS: Eighty patients (80 eyes) with recurrent dacryocystitis admitted to our hospital for diagnosis and treatments from March 2012 to March 2015 were selected. According to a random number table, they were divided into experimental group (40 cases) and control group (40 cases). The experimental group received laser dacryocystorhinostomy combined with U-shaped lacrimal duct implantation. Patients in control group were treated with conventional dacryocystorhinostomy with skin incision. The effect of the treatments and surgical indicators of the two groups were observed and compared.

• RESULTS: In experimental group, there were 28 cases were cured after treatment, 5 cases were improved, the total effective rate was 82%. In control group, there were 15 cases were cured, 13 cases were improved, the total effective rate was 70%. The operation time of experimental group was 40.06 ± 1.35 min, blood loss was 5.37 ± 1.28 mL, the time of remaining in hospital under observation was 26.28 ± 3.42 h; those of the control group were 90.14 ± 2.61 min, 14.47 ± 6.19 mL, 98.14 ± 10.53 h, respectively.

• CONCLUSION: Laser dacryocystorhinostomy combined with U-shaped lacrimal duct implantation is more effective, more easy to operate, safer and has less injury and higher cure rate.

• KEYWORDS: dacryocystitis; recurrent; semiconductor laser; artificial canalicular intubation; anastomotic patency

Citation: Zhang BH, Yang XY. Study on the treatment of patients with recurrent dacryocystitis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2015; 15(11):2012-2014

摘要

目的: 研究泪囊炎复发患者的治疗方案, 以为临床诊治提供一定的参考。

方法: 选取 2012-03/2015-03 间入院诊治的复发泪囊炎患者 80 例 80 眼。根据随机数表法将患者分为试验组 (40 例) 和对照组 (40 例), 其中试验组应用泪道激光吻合口成形联合 U 形泪道扩张管植入术治疗, 对照组应用常规经皮肤切口的泪囊鼻腔吻合术治疗。观察两组患者的治疗效果与手术指标。

结果: 试验组经治疗后治愈 28 例, 好转 5 例, 总有效率为 82%; 对照组治愈 15 例, 好转 13 例, 总有效率为 70%。试验组手术时间为 40.06 ± 1.35 min, 术中出血量 5.37 ± 1.28 mL, 留院观察 26.28 ± 3.42 h; 对照组则分别为 90.14 ± 2.61 min, 14.47 ± 6.19 mL, 98.14 ± 10.53 h。

结论: 泪道激光吻合口成形联合 U 形泪道扩张管, 较之常规经皮肤切口的泪囊鼻腔吻合术对于复发性泪囊炎患者的治疗效果更好, 具有损伤小、操作性高、安全性好、治愈率高等优点。

关键词: 泪囊炎; 复发; 半导体激光; 人工泪道插管; 吻合口再通

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2015.11.49

引用: 张碧华, 杨晓英. 复发泪囊炎患者的治疗方案. 国际眼科杂志 2015; 15(11): 2012-2014

0 引言

泪囊炎是由于患者长时间罹患沙眼、慢性结膜炎或慢性胃炎累及鼻泪管黏膜^[1], 造成鼻泪管阻塞。其又分为慢性与急性, 以慢性最为常见。对慢性泪囊炎的治疗, 临床上多应用经鼻内镜泪囊鼻腔吻合术或经皮肤切口的泪囊鼻腔吻合术, 术后有效率可达到 85% ~ 90% 以上^[2]。但由于手术造瘘口的瘀血机化、肉芽形成甚至骨化畸形等形成的堵塞, 引起泪囊炎复发^[3]。泪囊炎复发患者的再次手术治疗难度大、风险高。故治疗方案的选择至关重要。现本文就复发性泪囊炎患者的治疗方案选择具体分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取 2012-03/2015-03 间入院诊治的复发泪囊炎患者 80 例 80 眼, 所有患者均为外路泪囊鼻腔吻合术失败案例, 并签署知情同意书。80 例患者中男 28 例, 女 52 例; 年龄 34 ~ 62 (平均 45 ± 7.6) 岁; 术后复发时间 3 ~ 24 (平均 7 ± 2.6) mo。80 例患者中, 吻合口狭窄 30 例, 外伤 14 例, 吻合口闭锁 12 例, 泪小管堵塞 8 例, 泪囊囊肿 7 例, 面瘫导致的功能性流泪 5 例, 吻合口粘连 4 例。根据随机数表法将患者分为试验组 (40 例) 和对照组 (40 例)。其中试验组应用泪道激光吻合口成形联合 U 形泪道扩张管

植入术治疗,对照组应用常规经皮肤切口的泪囊鼻腔吻合术治疗。试验组男 13 例,女 27 例;平均年龄 44 ± 6.2 岁;平均复发时间 7 ± 2.9 mo。对照组男 15 例,女 35 例;平均年龄 45 ± 8.2 岁;平均复发时间 7 ± 1.8 mo。两组患者在性别、年龄、复发时间等基本资料方面无显著差异,可参与比较。器械准备:泪道激光机:HSM-III 型脉冲 Nd:YAG 激光治疗机(四川航天世都制导有限公司),U 形泪道扩张管(江苏扬中美迪硅胶医用制品有限公司,型号 ND-09B)。具引导功能的 9 号泪道探针(含记忆针芯,杭州图庆医药科技有限公司生产)。

1.2 方法

1.2.1 手术操作 所有患者术前常规行泪道碘油造影及内镜下鼻腔检查,借以明确泪道阻塞部位,制定手术方案。常规消毒。试验组:点滴 3 次爱尔卡因眼液在患眼结膜囊内行表面麻醉,如必要则行 20g/L 利多卡因(1.5mL)泪囊区皮下浸润麻醉^[4],5g/L 丁卡因液(10mL)+肾上腺素(2 滴)棉条填塞于中鼻道、下鼻道行鼻黏膜表面麻醉。扩张下泪点,将激光仪光纤探出套管针 0.1cm,水平探入下泪点,至骨壁后向眉头转动 45° 。将套管针头端贴骨面向鼻泪管开口处滑行,至原吻合口骨窗处有探空感^[5]。连续反复激发激光,取出填塞鼻腔棉条,经鼻内镜观察,击穿吻合口处膜闭组织,呈筛眼状。并用鼻窦咬骨钳夹扩大用以形成新的骨窗^[6]。地塞米松联合妥布霉素冲洗泪道。常规泪道插管法自上、下泪点植入 U 形泪道扩张管,鼻腔拉出后打结于鼻腔。对照组:局部浸润兼神经阻滞麻醉,中鼻道和鼻甲放置麻黄素和爱尔卡因棉片。内眦部鼻侧 3~4mm 做纵向长约皮肤切口 15~18mm 的皮肤切口(弯曲度不超过 $10^\circ \sim 15^\circ$)。分离皮下组织和肌肉后暴露内眦韧带,将其横过前泪嵴处剪断。于前泪嵴鼻侧 0.5mm 处分离骨膜,分离范围上达内眦韧带稍上约 3mm 处,下达鼻泪管处,后达后泪嵴。以前泪嵴为中心,下达鼻泪管上口,造一大小约为 $10\text{mm} \times 12\text{mm}$ 的骨孔,防止咬破鼻黏膜^[7-8]。泪道探针自泪小管插入,将泪囊鼻侧壁顶出,在顶部做一横切口,并在泪囊尽可能低处作另一与之平行的切口。在两横切口中间,做一垂直切口,使切口成“I”形。并在鼻黏膜作一相对应的“I”形切口。应用 6-0 尼龙线缝合泪囊的鼻黏膜后瓣,间断缝合 3 针。将堵塞于鼻腔内的棉片取出,用枪状镊放入凡士林纱条达骨孔,拉入部分纱条入泪囊。缝合泪囊和鼻黏膜前瓣,间断缝合 3 针,每针都应带到骨孔前的骨膜^[9]。缝合骨膜,将内眦腱牢固的缝于骨膜上。缝合皮下组织及皮肤,单眼包扎。

1.2.2 术后处理 两组患者均术后应用 3g/L 妥布霉素地塞米松滴眼 2wk,3 次/d。呋麻滴鼻剂点鼻 1wk,3 次/d。隔日行庆大霉素+地塞米松冲洗泪道 1mo,每周 1 次,每月 1 次,治疗组 2~3mo 后拔除泪道引流管,拔管隔日冲洗泪道 3 次^[10]。术后如无连续出血,则不必填塞鼻腔,原鼻腔黏膜粘连患者放置凡士林纱布。既往高血压病史或创面较大的患者,在创面上铺放止血纱布。

1.2.3 观察指标 治疗组患者拔管 2mo 后两组复查,观察两组患者的治疗效果与手术指标。疗效指标:治愈:患者流泪、流脓等症状消失,泪道冲洗通畅,泪囊造孔良好、上皮化;好转:流脓消失,流泪减轻,泪道冲洗通畅,泪囊造孔形成、上皮化;无效:症状无改善或恶化,泪道不畅,泪囊闭锁。总有效=治愈+好转。手术指标包括手术时间、术中出血量、留院观察时间,术中出血量的评估应用纱布评估法:失血量=(血纱布重量-干纱布重量)+吸引瓶中血量,

术前称好干纱布重量,1g=1mL 血量。

统计学分析:数据均应用 SPSS 21.0 进行分析,计数数据采用 χ^2 检验;计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 试验组经治疗后治愈 28 例(70%),好转 5 例(12%),无效 7 例(18%),总有效率为 82%;对照组治愈 15 例(38%),好转 13 例(32%),无效 12 例(30%),总有效率为 70%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.081, P < 0.05$)。

2.2 手术指标 试验组手术时间为 40.06 ± 1.35 min,术中出血量 5.37 ± 1.28 mL,留院观察 26.28 ± 3.42 h;对照组则分别为 90.14 ± 2.61 min, 14.47 ± 6.19 mL, 98.14 ± 10.53 h,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

鼻腔泪囊吻合术(Dacryorhinocystostomy, DCR)因通路不同,可分为 External(透过鼻侧进入)与 Endoscopic(透过鼻腔内窥镜进入)两种。如患者首次接受 DCR 手术,则两种方法的成功率均达到 90% 左右,但 Endoscopic 手术后皮肤外部无瘢痕,患者接受度良好。泪道激光成形联合插管治疗则是近年发展起来的一种治疗鼻泪管阻塞和慢性泪囊炎的微创手术。泪囊炎复发的原因很多,术式、操作、设备以及患者全身病变、局部炎症、外伤等均可导致。复发性泪囊炎的发病部位可为鼻泪管、泪总管、泪小管,尤以鼻泪管阻塞最为常见,而女性的鼻泪管较为狭长,更易阻塞^[11],同样在本组研究中女性相对较多。

在临床治疗中,需将泪囊炎的复发原因及病变位置综合考虑,以便选择合适的治疗方案。既往应用泪道探通等机械性扩张方法,虽可达到扩张泪道的目的,但对阻塞部位是穿破而非穿通,故导致复发泪囊炎阻塞更重,预后更差。泪囊鼻腔吻合术可有效治疗鼻泪管阻塞,但对上泪道阻塞效果较差。在本次研究中,试验组则应用泪道激光吻合口成形联合 U 形泪道扩张管植入术治疗。其中半导体激光多用于泪小管阻塞与鼻泪管阻塞,通过汽化阻塞段组织,疏通泪道。980nm 波长激光温度达到 150°C ^[12] 时探头可有效消融吻合口处的肉芽组织、瘢痕组织,在重建泪道的同时仍具有较好的止血能力。但同时激光热效应易导致手术创面水肿、渗出、粘连,为避免激光成形术后形成瘢痕组织重新闭锁泪道,联合应用 U 形泪道扩张引流管,用以稳定支撑重建吻合口同道,辅助术后激素局部喷涂,促进吻合口上皮化^[13],防止粘连。

在本次研究中,试验组治愈 28 例,总有效率 82%;对照组治愈 15 例,总有效率 70%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。同时试验组在手术时间、术中出血量以及术后留院观察时间等手术指标方面显著优于对照组。经皮肤切口的泪囊鼻腔吻合术虽为经典术式,但其开口较大,手术操作复杂,术野不甚清晰,如泪液引流不充分,术后则可能并发溢泪,同时还可能遗留面部瘢痕。相比之下,试验组泪道激光组织创伤小,安全性高,创面愈合快,操作简便,对泪道结构及术后导泪功能破坏小,同时不留面部疤痕,个别一次手术不成功的患者仍可行二次手术。U 形泪道扩张管阻止了术后管腔的闭合,预留充分的时间以便泪道内壁上皮细胞的生长与覆盖,同时避免了泪小点和眼睑外翻^[14]。需要注意的是,术后积极的处理方法同样重要,插管后冲洗可将沉积在插管于泪道壁之间的纤维细胞、炎性细胞清洗干净,减少拔管后的复发率^[15]。术后早期应

用激素等药物可减少术后不良反应,促进上皮化。此外该术式存在手术视野狭窄、骨孔较小等缺点,需要操作医师熟练了解鼻腔解剖结构并具有高超的操作技巧。术前应细致检查患者鼻腔,排除相关疾病,并详细询问患者病史与手术史,排除手术禁忌指标。

综上所述,泪道激光吻合口成形联合U形泪道扩张管,较之常规经皮肤切口的泪囊鼻腔吻合术对于复发性泪囊炎患者的治疗效果更好,具有损伤小、操作性高、安全性好、治愈率高等优点。

参考文献

- 1 张方顺,田岩,赵军,等.自行研制U形泪道吻合支撑管应用分析.中国实用眼科杂志 2014;32(2):222-224
- 2 严晓腾,冯军.人工鼻泪管经鼻腔逆行置管术治疗慢性泪囊炎.山东大学耳鼻喉眼学报 2013;27(3):45-46
- 3 乔磊,郭宁,田艳明,等.泪囊鼻腔吻合术联合泪道U形置管治疗小泪囊泪囊炎疗效观察.中国实用眼科杂志 2012;30(4):466-468
- 4 莫亚,肖倩男,陈莉苹,等.NdYAG泪道激光成形术联合Fr-2泪道引流管置入治疗泪道疾病分析.中国实用眼科杂志 2014;32(2):225-227
- 5 Ari S, Cingü AK, Şahin A, et al. Outcomes of revision external dacryocystorhinostomy and nasal intubation by bicanalicular silicone tubing under endonasal endoscopic guidance. *Int J Ophthalmol* 2012;5(2):238

- 6 周书芳,汪旭,顾平,等.经鼻内窥镜下鼻腔泪囊造孔术治疗慢性泪囊炎临床观察.南通大学学报(医学版)2014;34(4):347-348
- 7 薛信君,张晓俊,刘锦,等.鼻腔泪囊吻合联合泪小管置管治疗伴有泪小管阻塞的泪囊炎.国际眼科杂志 2014;14(7):1340-1341
- 8 毛蕾,刘春兰,周琼等.丝裂霉素联合典必殊眼膏辅助KTP激光泪道成形术治疗阻塞性泪道的疗效.实用临床医学 2015;29(3):67-69
- 9 Nair AG, Ali MJ. Mitomycin - C in dacryocystorhinostomy: From experimentation to implementation and the road ahead: A review. *Ind J Ophthalmol* 2015;63(4):335
- 10 李宁,赵广喜,单玉琢等.自制完全内置式泪道支撑管联合Nd:YAG激光泪道成形术治疗泪小管阻塞临床观察.河北医药 2015;44(8):1205-1207
- 11 李美云.激光泪道成形联合置管术治疗复发性泪道阻塞.内蒙古医学杂志 2011;43(9):1069-1071
- 12 赵林,张繁友.泪道激光成形术联合U型插管治疗阻塞性泪道疾病的疗效观察.中外健康文摘 2011;8(8):43-44
- 13 李鹏,田艳明,闫希冬等.泪道激光吻合口成形与U形泪道扩张管植入治疗复发泪囊炎分析.中国实用眼科杂志 2014;32(7):891-894
- 14 谢祥勇,唐勇华.改良泪囊鼻腔吻合术联合泪道置管治疗慢性泪囊炎的疗效观察.微创医学 2012;7(4):415-417
- 15 黄红波. Ritleng泪道插管术联合鼻泪管支架植入治疗鼻泪管阻塞的体会.右江医学 2014;42(5):621-622

“第十六届国际眼科学学术会议”和 “第十六届国际视光学学术会议”会议通知

由上海市医学会眼科分会、全国十一省医学会眼科分会、复旦大学附属耳鼻喉科医院、温州医科大学眼视光学院共同主办;复旦大学附属耳鼻喉科医院、上海瑞欧展览服务有限公司承办的“第十六届国际眼科学学术会议”和“第十六届国际视光学学术会议”将于2016年3月17日-20日在上海跨国采购会展中心(上海市普陀区中江路35号)举行。

来自中国、美国、亚欧部分国家的眼科学领域和视光学领域的医生、专家、学者和知名厂商将云集上海出席本届会议。注册本届会议并符合相关要求的参会代表可获得国家级I类继续教育学分8分,参加眼科继续教育学习班者可获得国家级I类继续教育学分10分。同期将举行“第二届国际角膜塑形学术论坛”,欢迎国内外医生踊跃投稿、注册参会。注册费:

2015年12月31日前付费:常规代表800元/人

团体(同一单位五人以上)640元/人

全日制在读学生(凭有效学生证)400元/人

2016年1月1日-3月10日付费:常规代表900元/人

团体(同一单位五人以上)720元/人

全日制在读学生(凭有效学生证)450元/人

2016年3月10日以后及现场:常规代表1000元/人

团体(同一单位五人以上)800元/人

全日制在读学生(凭有效学生证)500元/人

论文投稿截止日期为2016年2月15日。论文投稿只需论文摘要。

摘要要求:① 500字以内的规范格式书写。

② 四段式基本形式(包括目的、方法、结果、结论)。

③ 投稿方式:在线上传。

大会秘书处:上海瑞欧展览服务有限公司,联系人:黄嘉菲老师、汤雅萍老师

地址:上海市中山北路2790号1007室,邮编:200063

电话:021-52665618,传真:021-52668178 E-mail:realexpo@cooc.org.cn

详情,请登陆大会官方网站:www.cooc.org.cn

